

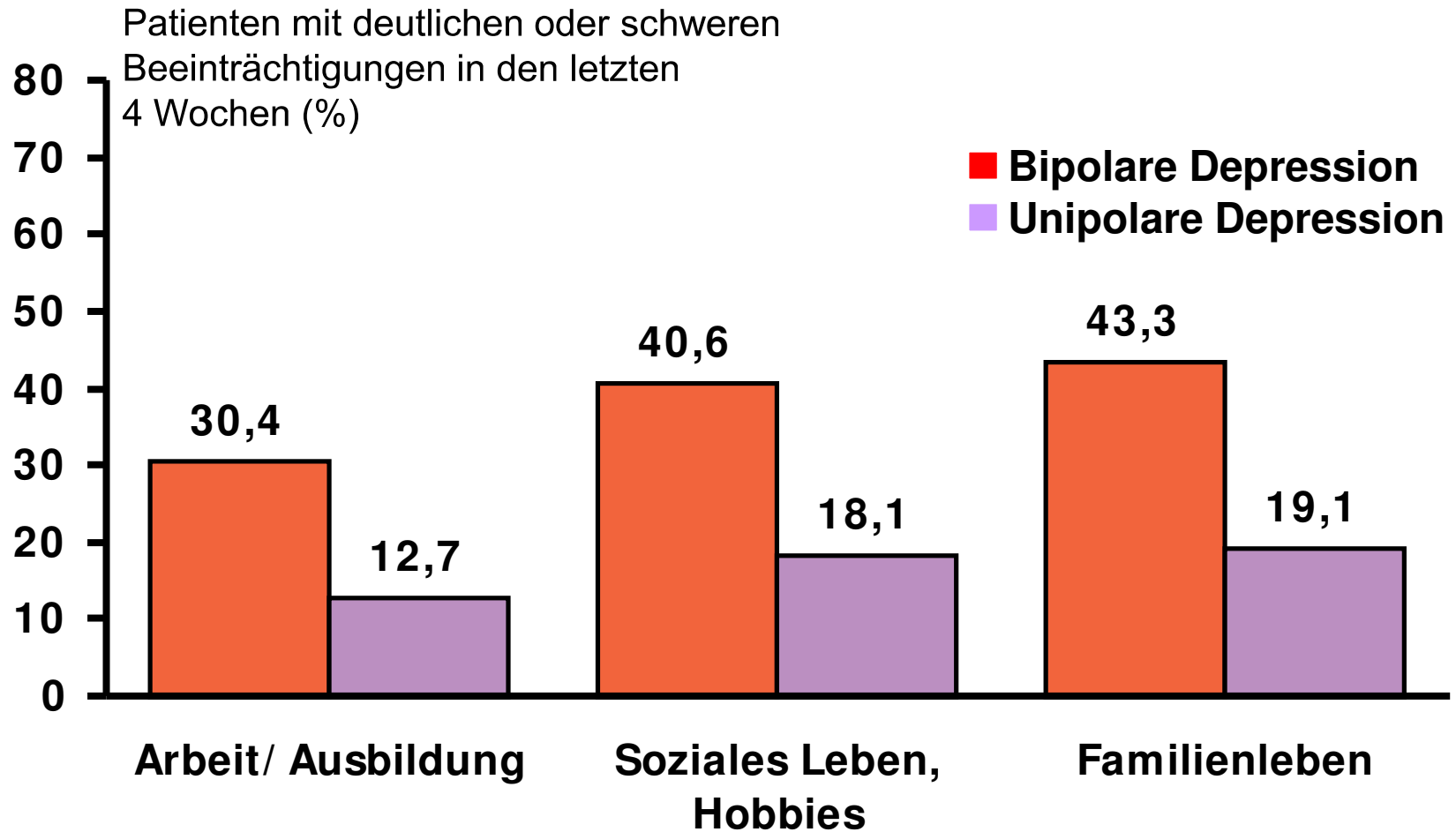
Universität Duisburg-Essen 15. Jubiläums-Tagung der DGBS e.V. Symposium III

Antidepressiva – Helfen die auf Dauer?



Prof. Dr. Hans-Jörg Assion
Ärztlicher Direktor
LWL-Klinik Dortmund

Beeinträchtigungen durch depressive Syndrome



Ziele der Langzeitbehandlung

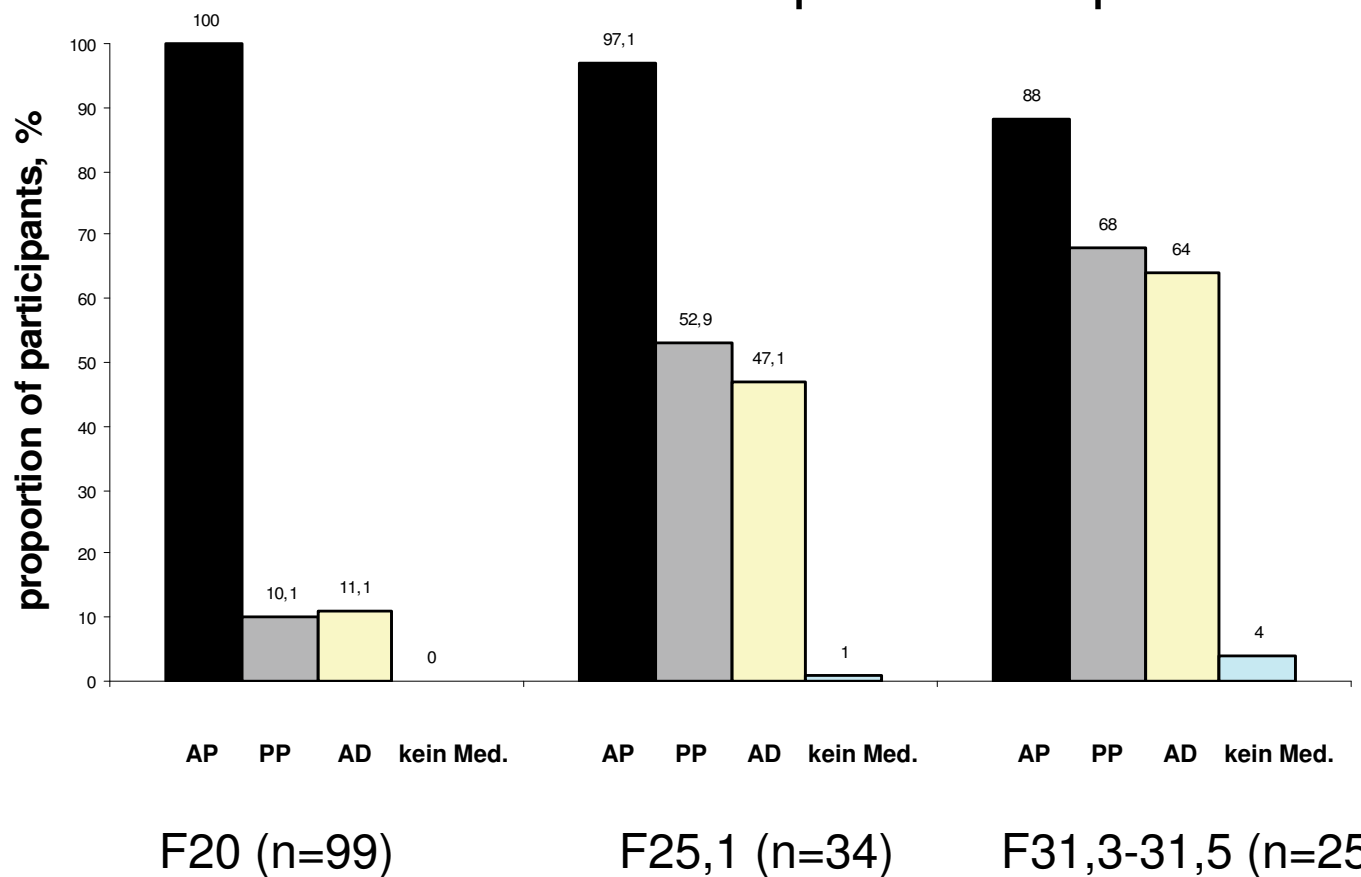
- n Phasenprophylaxe (recurrence prevention)
 - n Prophylaxe subsyndromaler Symptome
 - n Berufliche und soziale (Re-)Integration
„Psychosocial Functioning“
 - n Lebensqualität, Patientenzufriedenheit
 - n Senkung von Morbidität und Mortalität
 - n Adhärenz
-

Verordnungsverhalten im klinischen Alltag: Antidepressiva bei bipolarer Störung

- Daten aus einer retrospektiven Erhebung in 10 Kliniken des LWL-Psychiatrie-Verbundes in NRW
- Auswertung von Krankenakten von je 100 Patienten mit bipolarer Störung, schizoaffektiver und schizophrener Störung
- Geschlechtsverhältnis w/m – 6:4
- Im Durchschnitt wurden bei bipolar Betroffenen 2.3 Medikamente verordnet

Anteil verordneter Medikamente nach Diagnosegruppen

Depressive Episode



AP = Antipsychotika
 PP = Phasenprophylaktika
 AD = Antidepressiva

Anteil der verordneten Antidepressiva im Gesamtkollektiv

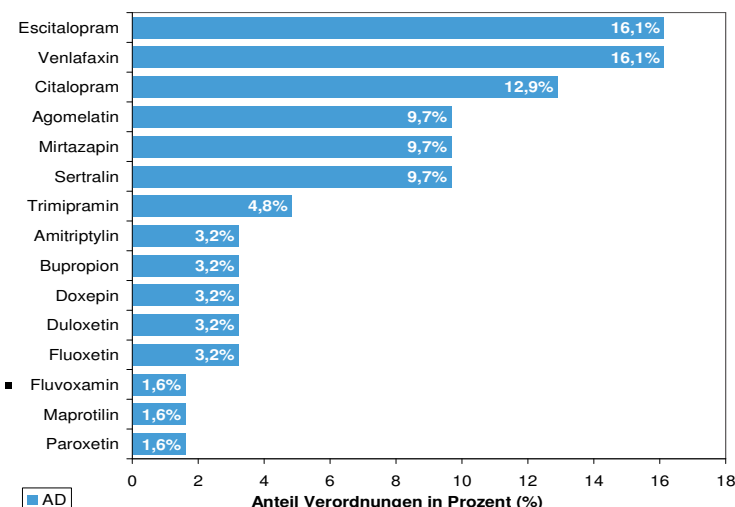
Ergebnis:

Insgesamt wurden 15 verschiedene AD eingesetzt.

Mit jeweils 16,1% wurden Escitalopram und Venlafaxin am häufigsten verordnet.

Citalopram (12,9%) und Escitalopram (16,1%) machen gemeinsam mit 29% knapp ein Drittel aller verordneten AD aus.

SSRI: 45,1 %



AD bei BP-Dep: Spektrum der Themen

Wirksamkeit

- AD als Monotherapie
- AD als additive Therapie zu Stimmungsstabilisierern
- AD in der Akutbehandlung
- AD in der Langzeitbehandlung
- AD bei Manie, Hypomanie und Mischzuständen
- Prädiktoren für ein Ansprechen der Therapie

Sicherheit

- AD und Switchrisiko
 - AD und Akzeleration der Episoden
 - AD und Verstärkung von Unruhe und Agitation
 - AD und Suizidalität
-

Ausgangslage

- Kontroverse Bewertung von Antidepressiva bei bipolarer Depression
 - Schmale Datenlage zur Wirksamkeit und Sicherheit
 - Wenige gute Langzeit-Studien
 - Unzureichende Belege für die Vorteile der Behandlung
 - Unterschiedliche Bewertung des Switch-Risikos
-

Empfehlungen der ISBD

ISBD: International Society for Bipolar Disorder **Task Force Report on Antidepressant Use in BD**

Consensus Statement auf der Basis von Studien:
Empfehlungen für die klinische Anwendung von AD

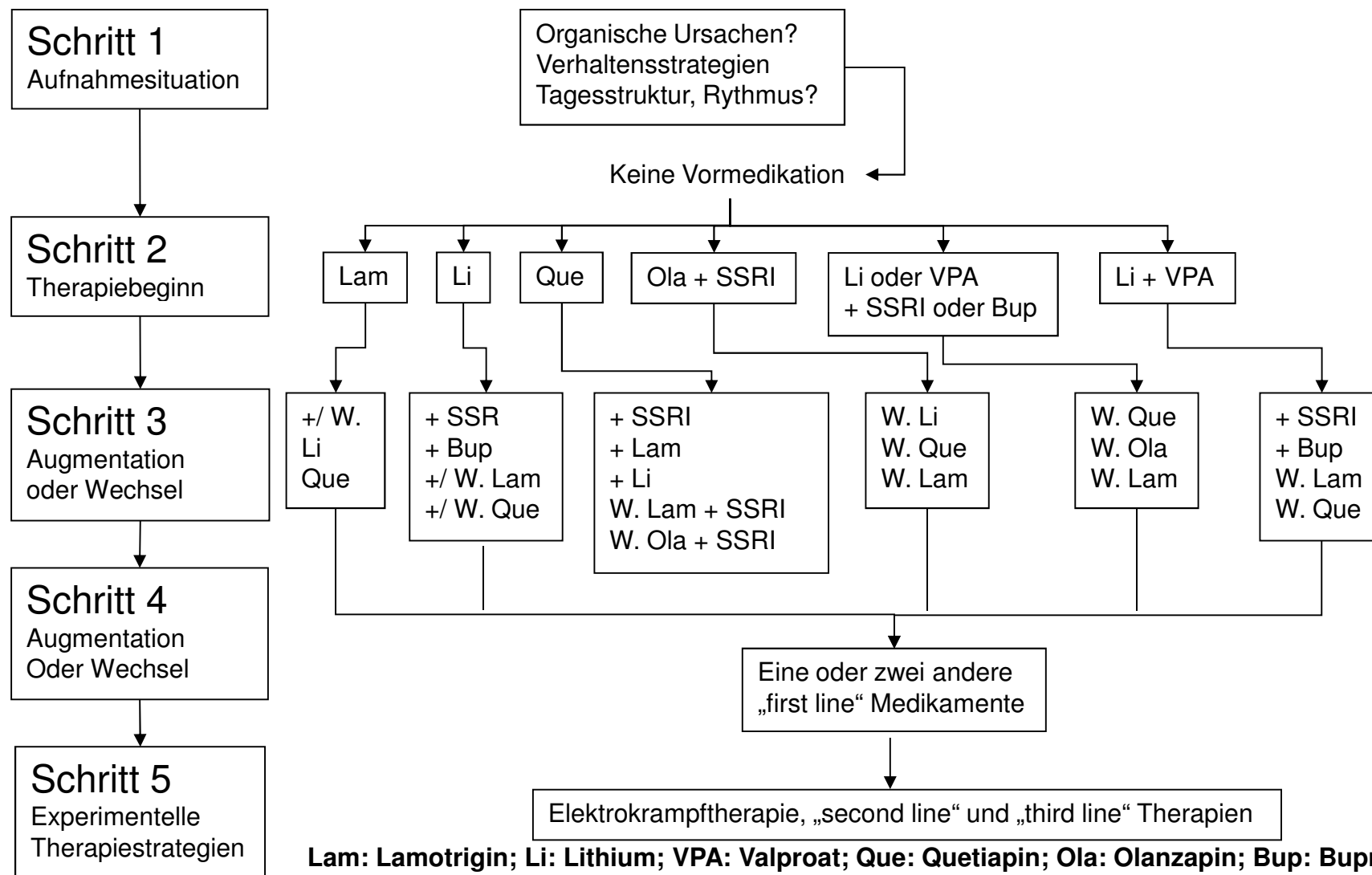
Qualität und Evidenz von Studien

Thema	Jadad Score	Evidenz-Grad
AD Monotherapie	3	D
AD additiv: Kurzfristige Wirksamkeit bei akuter Depression	4	B
Prädiktoren f. frühe Response	3	D
AD additiv bei Langzeitbehandlung	3,5	C
AD bei Manie, Mischzuständen	3	D
AD und Switchrisiko	4	C

Switch-Rate: Meta-Analyse/Review

- SSRI und Bupropion keine erhöhte Switch-Rate gegenüber Placebo bei kurzzeitiger Behandlung
- Tri- und Tetracyklika bewirken häufiger Switching
- Venlafaxin weist eine höhere Switchrate auf

CANMAT: Algorithmus für BP I-DEP



Lam: Lamotrigin; Li: Lithium; VPA: Valproat; Que: Quetiapin; Ola: Olanzapin; Bup: Bupropion

S3-Leitlinien der DGBS e.V. und der DGPPN

Monotherapie

- Geringe Evidenzlage, Statement
- Keine Empfehlung für ein bestimmtes Präparat

AD und Stimmungsstabilisierer

- Moderate Evidenzlage (2 Studien, 1 Plazebo-kontrolliert)

Switchrate

- Switchrate unter Imipramin höher als unter Fluoxetin
- Unter Fluoxetin, Paroxetin, Bupropion keine erhöhte Switchrate
- SSRI sind gegenüber Venlafaxin und TZA zu bevorzugen (B)
- Unter Trizyklika ist die Switchrate höher (Statement)

ISBD Task Force Report, 2013

Empfehlungen

Akut Behandlung

- AD additiv, wenn positive Wirkung bekannt
- AD vermeiden, wenn 2 oder mehr manische Symptome
- AD vermeiden bei Rapid Cycling

Erhaltungstherapie

- AD einsetzen bei Rückfall in Depression nach Absetzen

Monotherapie

- AD bei BP I vermeiden
 - AD bei BP II vermeiden bei 2 oder mehr manischen Symptomen
-

ISBD Task Force Report, 2013

Empfehlungen

Switch in die Manie, Hypomanie oder in Mischzustände

- Patienten auf manische Symptome untersuchen
- AD fraglich bei Vorgeschichte einer Manie oder Hypomanie
- AD bei hoher Instabilität der Stimmung vermeiden
- AD bei hoher Phasenzahl vermeiden

Mischzustände

- AD bei Mischzuständen vermeiden
- AD bei depressiver Episode mit gemischter Symptomatik vermeiden

SNRI, Tri- und Tetrazyklika

- AD dieser Substanzklassen nur zweite Wahl wegen höherem Switchrisiko und Instabilität der Stimmung
-



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**